

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925. — N° 63

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SYNDROMES PARALYTIQUES
consécutifs aux tumeurs malignes
DE LA GLANDE PAROTIDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 24 Janvier 1925

par

Joseph - Robert - Louis CAUBET

Né à **BOURRAN** (Lot-et-Garonne) le 27 Octobre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY..	professeur.	} <i>Président.</i>	
		MOUSSOUS...	professeur.		
		GUYOT	professeur.		} <i>Juges.</i>
		MAURIAE....	agréé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1925

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925. — N° 63

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SYNDROMES PARALYTIQUES
consécutifs aux tumeurs malignes
DE LA GLANDE PAROTIDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Janvier 1925

par

Joseph - Robert - Louis CAUBET

Né à **BOURRAN** (Lot-et-Garonne) le 27 Octobre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY..	professeur.	<i>Président.</i>
		MOUSSOUS...	professeur.	
		GUYOT	professeur.	<i>Juges.</i>
		MAURIAC....	agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON,

PROFESSEURS :

MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale..... FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique..... LAGRANGE.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .. ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants .. MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.... DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie ..	G. DUBREUIL.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot. LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. W. DUBREUILH
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..... DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie ..	LANDE.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales.. ABADIE.
Physique biologique et clinique d'élève. médicale.	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et Hygiène appliquée..... BARTHE.
Botanique et matière médicale....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.
Anatomie	VILLEMEN.	Médecine générale..... { CREYX.
Histologie.....	LACOSTE.	{ MICHELEAU
Physiologie	DELAUNAY.	BONNIN.
Anatomie pathologique	MURATET.	Maladies mentales..... PERRENS.
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS.	Chirurgie générale..... { PAPIN.
	N.	{ JEANNENEY
Physique biologique et médicale...	RÉCHOU.	{ N.
Chimie biologique et médicale...	N.	Obstétrique
	MAURIAC.	{ PERY.
Médecine générale.....	LEURET	FAUGÈRE.
	DUPERIÉ.	Ophtalmologie
		TEULIÈRES.
		Oto-rhino-laryngologie
		PORTMANN.
		Pharmacie
		GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique dentaire	MM.-CAVALIÉ.
Médecine opératoire	PAPIN.
Accouchements	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	CABANNES.
Puériculture	ANDÉRODIAS.
Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Chimie minérale	GOLSE.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation,



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

PROFESSEUR DE PHYSIQUE

A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

DOCTEUR CAUBET

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MA FIANCÉE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MES AMIS

A MESSIEURS PIERRE ET YVES HEBERT

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

MÉDECIN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEL

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A LA MÉMOIRE DE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR FRANCIS VILLAR

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE

DES MALADIE DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Tous les traités classiques de pathologie chirurgicale, dans l'étude des maladies de la glande parotide, considèrent la paralysie du nerf facial comme une complication très fréquente des tumeurs malignes de cet organe. C'est un symptôme qui est, en effet, d'observation courante, et qui, étudié systématiquement au point de vue de son intérêt diagnostique, peut rendre les plus grands services en clinique.

Ce syndrome paralytique, qui est très fréquemment pur, complet ou non, peut manquer dans des cas de tumeurs où on s'attendrait à le rencontrer. Il peut enfin, suivant la forme d'évolution de l'affection, être associé à d'autres symptômes dûs à l'envahissement et à la compression par le néoplasme des organes importants qui avoisinent la parotide : nous voulons parler des troncs nerveux empruntant, comme lieu de passage, la région rétroparotidienne.

Nous pouvons donc assister, au cours de l'évolution des tumeurs malignes de la parotide, à des syndromes paralytiques de compression pouvant aller depuis la paralysie faciale de la branche cervico-faciale, qui nous a paru être la plus fréquente et la moins riche au point de vue symptomatologique, jusqu'au syndrome très riche et très complet de compression totale pré et rétroparotidienne.

Sans vouloir insister dès l'abord sur l'importance diagnostique et pronostique de ces épiphénomènes, ce que nous aurons l'occasion de faire au cours de ce travail, nous nous contenterons de donner, dans cette introduction, le plan général du travail :

Après quelques mots d'historique sur la question et le rappel des quelques notions anatomiques essentielles sur le nerf facial et ses branches, ainsi que sur le faisceau nerveux de l'espace rétroparotidien postérieur, nous consacrerons la première partie de notre travail à l'étude du syndrome de paralysie faciale pure. Ce syndrome sera étudié dans un nombre important d'observations pour essayer d'en déduire : son époque d'apparition, son lieu d'élection, les tumeurs qui le font apparaître le plus fréquemment.

Dans la deuxième partie, nous donnerons une étude suivie d'observations du syndrome de compression rétro-parotidienne, dû à la présence des tumeurs malignes de la glande.

Nous poserons enfin nos conclusions.

HISTORIQUE

Le plan général de cette étude nous a obligé à scinder en deux l'aperçu historique du sujet puisque, d'une part, nous étudions la paralysie faciale et, d'autre part, l'association de syndrômes paralytiques. Nous nous occuperons donc successivement de ces deux sujets.

1° Paralysie faciale.

Michaux, dans sa thèse demeurée classique sur le carcinôme de la parotide, donne un historique détaillé de la question.

Dans toute la période qui s'étend avant 1820, un fait paraît frappant, c'est que les descriptions cliniques du cancer de la parotide sont extrêmement rares, et, encore faut-il, parmi les observations publiées n'en accepter qu'assez peu de certaines. Il faut arriver à 1820 pour voir s'éclaircir un peu les notions cliniques et anatomiques sur ce genre de tumeur. C'est à cette période de l'histoire, que se rattachent les travaux de Braambergh et de Kyll en Allemagne. Puis, nous avons les travaux français de Boyer et de Sabatier.

En 1841, la thèse de concours d'agrégation d'Auguste Bérard marque une phase importante dans l'étude des tumeurs de la parotide. Parmi les thèses plus récentes, citons les travaux de Planteau (1874) et de Branlat (1874).

Depuis cette époque, les notions anatomo-pathologiques cliniques et thérapeutiques se sont multipliées. Tous les symptômes de ces affections sont bien étudiés par tous les auteurs, et celui qui nous intéresse, la paralysie faciale, se trouve mentionné sous des formes différentes dans la plupart des travaux. Mais, même dans les ouvrages les plus récents, ce symptôme, considéré comme très fréquent, n'a pas été étudié systématiquement, et, envisagée comme nous allons le faire, la paralysie faciale semble prendre un intérêt un peu spécial, ne serait-ce que pour éclairer le pronostic.

A ce symptôme banal, vient parfois s'ajouter un syndrome beaucoup plus complexe, sur lequel nous croyons devoir donner les quelques précisions historiques qui suivent :

2° Syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur.

Jusqu'à l'étude complète des syndrômes dont nous parlerons dans ce travail, qui font intervenir, dans différentes associations, les quatre dernières paires crâniennes et le sympathique, les symptômes de paralysie du nerf glosso-pharyngien étaient très mal connus. Les données physiologiques n'avaient pas permis d'établir la distribution motrice de ce nerf. Les troubles du goût n'étaient pas suffisamment observés pour que l'on put les attribuer à leur véritable cause : une lésion du glosso-pharyngien; aussi, tous les syndrômes laissent de côté ce nerf, et, comme dit Joyes-Noguier dans sa thèse, à laquelle nous empruntons quelques-unes des données essentielles de ce chapitre : « Les syndrômes paralytiques décrits ne considéraient que le vago-spinal ».

a) *Syndrome de Jackson* (1864).

Hémi-paralysie du voile du palais, de la corde vocale, du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté correspondant, avec hémi-paralysie et atrophie de la langue, c'est-à-dire : lésions de : hypoglosse; branche interne et branche externe du spinal.

b) *Syndrome d'Avellis* (1891).

Paralysie de la moitié du voile du palais et de la corde vocale correspondante; c'est-à-dire lésion de la branche interne du spinal.

c) *Syndrome de Schmidt* (1892).

Paralysie unilatérale du voile du palais, de la corde vocale, du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, c'est-à-dire : lésions de la branche externe et de la branche interne du spinal.

d) *Syndrome de Tapia* (1906).

Paralysie associée de l'hypoglosse et de la branche interne du spinal, ou, plus exactement, du pneumo-spinal, au-dessous du ganglion plexiforme, point d'émergence des filets pharyngiens, caractérisé par une hémiplegie glosso-laryngée avec intégrité du voile du palais.

e) *Syndrome de Broeckaert* (1907).

Paralysie associée du récurrent et du sympathique.

f) *Syndrome de Garel et Gignoux* (1910).

Paralysie du récurrent associée à la paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, sans paralysie du voile du palais.

On pourrait ainsi multiplier à l'infini les syndrômes. Il faut arriver à la période de guerre, pour voir naître la systématisation dans l'étude de ces syndrômes paralytiques variés.

Vers cette époque, en 1917, Sicard pose en principe que :
« La seule classification qui importait au point de vue
» pratique était celle qui obéirait d'abord au diagnostic
» de topographie lésionnelle, et ensuite au diagnostic étio-
» logique... »

C'est alors que nous voyons naître les quatre grands syndrômes paralytiques de la région :

1° COLLET (1915) : Syndrôme hémiplégique total des quatre derniers nerfs crâniens;

2° VERNET : Syndrôme du trou déchiré postérieur (hémiplegie du voile, du larynx et du pharynx) ;

3° SICARD (1917) : Syndrôme du carrefour condylo déchiré postérieur;

4° VILLARET (1916) : Syndrôme nerveux de l'espace rétroparotidien postérieur, dont une étude fera l'objet de la deuxième partie de ce travail.

DE QUELQUES DONNÉES ANATOMIQUES

ESSENTIELLES

La glande parotide tire une grande partie de son intérêt clinique de sa situation anatomique. Ses rapports importants avec des organes essentiels qui la traversent ou l'avoisinent, pourront, en effet, donner à ses affections un caractère tout spécial. Ce travail ayant pour but l'étude de certaines complications des tumeurs malignes de la glande, nous croyons utile, eu égard aux circonstances anatomiques particulières, de rappeler en quelques lignes les notions essentielles susceptibles d'éclairer l'étude clinique. Nous nous occuperons donc, successivement, de la glande parotide et des faisceaux nerveux voisins puisque c'est sur eux que se portera surtout notre attention.

Loge parotidienne.

Nous ne ferons pas ici la description de l'aponévrose parotidienne, qu'on trouvera dans les traités d'anatomie descriptive; rappelons seulement les rapports importants de la loge parotidienne.

Sur une coupe horizontale du cou, passant par la partie moyenne de la parotide, nous constatons que la loge parotidienne affecte les rapports suivants :

a) En avant, et de dehors en dedans, nous trouvons : le masséter, l'os maxillaire inférieur, et le ptérygoïdien interne;

b) En dehors, l'aponévrose parotidienne et la peau;

c) En arrière, le sterno-cléido-mastoidien et le digastrique;

d) En dedans, le pharynx et la colonne vertébrale, recouverte de ses muscles prévertébraux.

Entre le pharynx, le plan vertébral et la parotide avec son prolongement pharyngien, se trouve un espace décrit par Sébilleau, au centre duquel, se trouve l'apophyse styloïde et le bouquet de Riolan.

L'apophyse styloïde avec les aponévroses qui en partent divise cet espace en deux régions : La région préstylienne en avant, qui ne nous intéresse qu'accessoirement, et la région rétrostylienne, en arrière, qui contient très voisins les uns des autres des organes essentiels, dont les lésions constituent une part importante de ce travail : ce sont la jugulaire interne et la carotide interne, mais surtout le faisceau nerveux constitué par :

- Le glosso-pharyngien;
- Le pneumogastrique;
- Le spinal;
- Le grand hypoglosse;
- Le sympathique.

On sait enfin que la glande elle-même est traversée par le nerf facial, et nous avons ainsi l'ensemble des six nerfs dont nous allons étudier successivement les syndrômes paralytiques.

Nous ne reprendrons pas ici les données anatomiques modernes au sujet des nerfs que nous venons de citer. Nous renvoyons pour cela à la thèse de Vernet qui les étudie d'une façon particulièrement complète et détaillée. Sans reprendre ici ces travaux, ce que nous considérons comme inutile, nous aurons l'occasion d'y faire quel-

ques allusions au cours de cette étude. Il en sera de même de l'anatomie du système lymphatique, important pour nous, puisque nous allons parler du cancer de la parotide.

Nous ne ferons que citer ici les travaux de Krause et de Cunéo, étudiés également dans la thèse de Vernet. Nous nous bornerons pour éclairer notre étude, à donner un résumé aussi succinct et clair que possible de la distribution des nerfs qui nous intéressent, résumé que nous empruntons au traité d'anatomie descriptive de Testut.

I. — Nerf facial

- a) 5 br. collatérales
intra pétreuses { grand nerf pétreux superficiel.
petit nerf pétreux superficiel.
N. du muscle de l'étrier.
Corde du tympan.
R. anastomotique du pneumogastrique.
- b) 5 br. collatérales
extra pétreuses { R. anastom. du glosso-pharyngien.
R. auriculaire postérieur.
R. du digastrique.
R. du stylo-hyoïdien.
R. lingual { f. muqueux.
f. musculaires.
- c) 5 branches terminales { br. temporo-faciale. { f. frontaux.
f. temporaux.
f. palpébraux.
f. nasaux.
f. buccaux supér^{rs}.
br. cervico-faciale. { f. buccaux infér^{rs}..
f. mentonniers.
f. cervicaux.

II. — Nerf glosso - pharyngien

- a) Br. collatérales. { N. de Jacobson { 3 f. muqueux { f. de la fenêtre ronde.
f. de la fenêtre ovale.
f. de la trompe d'Eustache.
3 f. anasto-
motiques { f. carotico-tympanique.
f. grand pétreux profond.
f. petit pétreux profond.
- N. du stylo-pharyngien.
N. du stylo glosse et du glosso-staphylin.
R. carotidiens.
R. pharyngiens.
R. tonsillaires.

- b) B. terminales — R. linguaux (plexus du trou borgne).

V. — Nerf grand hypoglosse

	{ intra cranienne		r. méningien.
a) b. collatérales	{ extra craniennes	{	r. vasculaire.
			Br. descendante.
			r. du thyro-hyoïdien.
			r. de l'hyoglo ^{sse} et du styloglo ^{sse}
			r. du génio-hyoïdien.
b) br. terminales			N. des muscles de la langue.

PREMIÈRE PARTIE

Le syndrome de paralysie faciale.

La paralysie faciale a été de tout temps considérée comme un symptôme banal des tumeurs malignes de la parotide. Nous disons comme un symptôme, et non comme une complication, tant elle est apparue fréquente aux cliniciens. Certes le syndrome de paralysie faciale pure, revêt une importance toute particulière dans ce cas, et il est donné de l'observer trop fréquemment, pour y attacher un tel intérêt. Or, si on examine systématiquement ce syndrome, on s'aperçoit qu'il n'en est pas toujours ainsi, et, comme nous l'avons dit dans notre introduction, on s'étonne de ne pas le rencontrer dans des cas de tumeurs où il ne devait pas manquer; il est bien certain que ces cas ne sont pas fréquents, mais ils existent.

D'autre part, il est dangereux de considérer la paralysie du nerf facial comme un signe de période d'état ou de période terminade du cancer de la parotide. Il peut arriver, comme on le verra dans nos observations, qu'il est le premier en date, et qu'il peut s'écouler un temps précieux avant qu'il soit rapporté à sa véritable cause. Nous avons donc cru nécessaire pour ces raisons, de rechercher ce signe dans les observations publiées, pour essayer de déduire de leur étude quelques notions pure-

ment cliniques, qui pourraient présenter un intérêt diagnostique et pronostique.

Notre but n'est donc pas de faire ici une étude de la paralysie faciale, ce qui nous semble tout à fait superflu, mais de rechercher sa fréquence, ses modalités, dans les tumeurs malignes de la parotide.

Nous disons : tumeurs malignes; en effet, nous avons été amené à constater que la paralysie faciale n'apparaît jamais dans les tumeurs bénignes : chondrômes, adénomes, fibrômes..., etc..., plus encore : Trois observations de Tuffier, que nous ne publions pas, parce qu'elles n'entrent pas dans le cadre de notre étude, et qui relatent trois cas d'anévrysmes de la carotide externe, en plein tissu parotidien, mentionnent qu'il n'y avait pas de paralysie faciale.

Nous n'avons pas davantage trouvé de paralysie faciale dans les tumeurs dites mixtes, même dans les plus volumineuses.

Or, on peut remarquer, que les tumeurs bénignes et les tumeurs mixtes sont de beaucoup les plus fréquentes, et la limitation de notre étude aux tumeurs malignes, a rendu nos recherches bibliographiques particulièrement laborieuses.

Nous regrettons donc de ne pouvoir publier davantage d'observations sûres de tumeurs malignes, et nous espérons cependant que nous pourrons tirer de leur étude quelques réflexions présentant un certain intérêt.

OBSERVATIONS

A. **Sarcomes.**

Nous lisons dans la thèse de Rodriguez (Paris, 1889-1890) :

« La paralysie faciale, si fréquente dans les tumeurs
» malignes, ne s'observe presque jamais dans le sarcome
» pur, sans pigments. Nous n'en trouvons qu'un seul cas.
» Dans le sarcome mélanique, au contraire, elle est beau-
» coup plus fréquente, puisque sur cinq faits nous la trou-
» vons expressément notée.

» Nous trouvons dans quelques cas des troubles de la
» mastication et de la déglutition. »

Parallèle entre l'encéphaloïde et le sarcome (Rodriguez) :

Encéphaloïde :

Paralysie faciale survenant de bonne heure.

Douleurs vives, irradiées, parfois atroces.

Troubles de l'ouïe.

Sarcome :

La paralysie faciale n'existe que très rarement.

Le plus souvent indolence absolue.

Se voit quelquefois par refoulement du conduit auditif.

OBSERVATION I

Sarcôme (RODRIGUEZ).

A. W..., valet de chambre, âgé de 24 ans, se présente à la clinique chirurgicale le 27 février 1869. Il y a 4 mois que le malade ressentit pour la première fois, des douleurs dans la région de la parotide. Il remarqua ensuite, dans la même région, tout près du lobule de l'oreille, une tumeur douloureuse, grosse comme une noix, et qui prit rapidement une dimension considérable. Il y a un mois, la tumeur s'est ouverte spontanément. De l'orifice s'est écoulé un peu de liquide aqueux. Les douleurs deviennent si fortes que le malade ne peut dormir.

Depuis deux semaines, *il a la bouche déviée et ne peut pas complètement fermer l'œil gauche.*

..... A la fin de juillet, douleurs atroces sur toute la partie gauche de la tête; le 2 août *déviation de la langue à gauche*, diplopie, amaigrissement, marasme. Le 12 août, mort.

OBSERVATION II

..... *Sarcôme mélanique (RODRIGUEZ)*.....

Buisson, Adolphe, 44 ans, employé de commerce, entre dans le service de M. Broca pour une tumeur de la parotide droite...

..... La tumeur, ne s'accompagnant pas de vives douleurs inquiétait peu le malade, mais, vers le 14 octobre 1875, survint une complication qui le détermina à entrer à l'hôpital : *il se produisit une paralysie complète du facial qui traversait la tumeur*

Examen histologique : sarcôme mélanique.

OBSERVATION III

Sarcome pur. (MÉRIEL).

« Toulouse médical », 1908.

« De plus en plus s'affirme chez certains anatomo-pathologistes la tendance à nier l'existence du sarcôme pur de la » parotide. On ne veut y voir que les stades initiaux de tumeurs mixtes, qui semblent devoir accaparer tout le domaine » des tumeurs de la parotide. L'exemple que je rapporte est » une preuve du contraire... »

J. C... (de Boulogne-sur-Gesse), entre salle Saint-Lazare, pour une tumeur du volume d'une petite noix, située dans la région parotidienne droite, entre le lobule de l'oreille et l'angle de la mâchoire.

C'est depuis un mois environ que la tumeur est devenue apparente. En réalité, elle existait depuis au moins un an.

Depuis un mois elle a déterminé une paralysie faciale, et c'est cet accident qui a attiré l'attention du malade et du médecin sur cette petite tumeur arrondie, régulière, sous-cutanée, et dure au palper. La tumeur était donc incluse dans la parotide, et son extirpation s'imposait.

Examen histologique : sarcôme pur fusocellulaire de la parotide.

OBSERVATION IV

Lymphosarcome de la région parotidienne. (CERNÉ.)

« Normandie médicale », 1897.

Homme, 54 ans, présente une tumeur ovoïde de la région parotidienne allant de la région sus-hyoïdienne à l'articulation temporo-maxillaire. A la surface, la peau est un peu adhérente mais parfaitement lisse. Dans le pharynx, à peine ce côté

paraît-il légèrement soulevé et injecté. Les douleurs sont nulles, le retentissement sur les organes voisins nul aussi. La bouche s'ouvre largement. Pas de maux de tête, *pas de paralysie faciale*, l'appétit et l'embonpoint sont conservés.

Diagnostic : lymphosarcôme.

OBSERVATION V

Myxo-sarcome (Paralysie faciale très légère).

(PLANTEAU). Thèse, Paris, 1874.

J... Louis, cultivateur, 68 ans, entre le 3 novembre 1874 dans le service de M. Broca, pour une énorme tumeur de la région parotidienne gauche. Cette tumeur, relativement petite, a pris un grand développement depuis quelques mois.

La joue gauche est paralysée, mais non d'une manière absolue. La paralysie faciale augmente après l'opération. Il s'agit d'un myxo-sarcôme. Mort en janvier 1876.

OBSERVATION VI

Chondro-sarcome. (LE DENTU.)

« Gazette des hôpitaux », 1879.

..... Il y a 8 ou 9 ans que cet homme a remarqué un noyau dur derrière l'angle de la mâchoire, au-dessous du lobule de l'oreille. La tumeur était restée stationnaire. Mais, depuis un an, elle a grossi insensiblement, et, progressivement, du volume d'un œuf à celui du poing. Elle n'a d'ailleurs point amené de troubles locaux sérieux; *pas de paralysie faciale*, pas de gêne de la circulation cérébrale... (suit une description détaillée et un examen clinique complet de la tumeur).

..... « Lorsque des tumeurs analogues sont très profondes, elles s'insinuent entre le facial et les vaisseaux, et amènent des troubles de paralysie faciale et des troubles cérébraux, la pupille, du même côté, se dilate ou se resserre fortement par l'excitation ou la paralysie résultant de la compression du ganglion cervical supérieur. Nous n'avons pas observé ces phénomènes chez notre malade... »

OBSERVATION VII

Sarcome mélanique. (RODRIGUEZ.) (Paralysie faciale très légère)

M. B..., âgé de 60 ans, négociant à Tournai, est envoyé par son médecin traitant vers le milieu du mois de juin à M. Thériar à l'effet d'examiner une grosse tumeur siégeant à la région parotidienne gauche...

On sent quelques ganglions précarotidiens. *Il existe un certain degré d'hémiplégie faciale.* La paralysie est cependant légère, peu accusée, et l'œil se ferme bien.

Examen histologique : sarcôme mélanique.

OBSERVATION VIII

Sarcôme mélanique (RODRIGUEZ).

Odout, 60 ans, cultivateur, début de la tumeur il y a 14 mois, bon état général, tumeur cependant volumineuse. *Il n'est pas question de paralysie faciale.*

Diagnostic : sarcôme mélanique.

OBSERVATION IX

Sarcôme (RODRIGUEZ).

Femme de 24 ans, célibataire, paraissant d'une robuste constitution.

La femme présente dans la région parotidienne gauche, une tumeur qui paraît avoir débuté environ deux ans auparavant.

Le développement a été rapide et, en dix-huit mois environ, le volume actuel a été atteint. Au moment de l'entrée à l'hôpital la tumeur s'étend, en avant, jusqu'à la commissure des lèvres; en arrière, jusque près du bord postérieur du sterno-mastoïdien; en haut, elle arrive non loin de l'arcade zygomatique. Pas de véritables douleurs. Il y a seulement un peu de gêne fonctionnelle, résultant du volume de la tumeur, dans les mouvements du cou et du maxillaire inférieur. Le lobule de l'oreille est soulevé mais non déroulé.

Pas de paralysie faciale.

Tout, dans l'examen clinique fait penser à un sarcome, l'examen histologique fait défaut.

OBSERVATIONS X

Sarcome (RODRIGUEZ).

M. D..., âgé de 40 ans, cultivateur, vient me consulter pour une tumeur de la région parotidienne droite du volume d'une tête de fœtus à terme.

Tumeur de forme ovoïde, irrégulière, bosselée, d'une consistance égale dans toutes ses parties, d'une dureté assez considérable, mais non ligneuse. Elle n'a pas contracté d'adhérences avec la peau, qui est seulement distendue, très vasculaire, amincie et violacée. Le malade présente depuis longtemps une surdité de l'oreille droite, dont il ne peut nous préciser la cause. Nous n'avons pas à signaler, au niveau de la tumeur, de vives douleurs spontanées; seulement, l'exercice, les travaux corporels y produisent une sorte de tension gênante. La mastication et la déglutition sont rendues pénibles par le volume de la tumeur.

Pas de paralysie faciale.

Cliniquement : sarcome (l'examen histologique fait défaut).

OBSERVATION XI

Sarcome (BOUCHET).

« Bulletin et mém. de la Soc. anat. de Paris », 1904.

M. Bouchet présente une petite tumeur enlevée par M. le Professeur Berger, chez une femme de 45 ans, au niveau de la parotide — tumeur récidivée. La tumeur envoie de petits prolongements lobulés, indolores, ne donne aucun signe de compression nerveuse, *et en outre aucun signe de paralysie faciale.*

L'examen histologique fait par M. Cornil montre qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XII

Sarcome. (RODRIGUEZ.)

1888. — Mme X..., 27 ans. Tumeur parotidienne gauche. Début il y a cinq ans. Tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, bosselée, inégale. Dureté non ligneuse. Une partie, cependant, de la grosseur d'un haricot est nettement fluctuante.

Pas de paralysie faciale.

Examen histologique : sarcome fasciculé.

OBSERVATION XIII

Sarcome. (RODRIGUEZ.)

Mme T..., 23 ans. Début probable il y a 12 ans. Depuis quelque temps, accroissement graduel. Volume actuel d'une grosse pomme de terre. Très irrégulière, bosselée, de consistance inégale. Circulation veineuse intense dans les téguments. Pas de douleurs, quelques migraines.

Pas de paralysie faciale.

Examen histologique : sarcome pur à cellules rondes.

OBSERVATION XIV

Sarcome. (MARTIN.)

« Revue médicale Suisse-Romande », 1886.

M. S..., 42 ans, entrepreneur. Tumeur en avant du conduit auditif datant de 3 ans, augmentant peu à peu pour acquérir le volume d'une noix. Consistance ferme, uniforme, douleurs spontanées et provoquées.

Il n'est pas question d'un trouble paralytique quelconque.

Examen histologique : sarcome.

EPITHELIOMES

OBSERVATION XV

Squirre. Thèse FERRIEUX, Lyon, 1920.

Prêtre âgé de 50 ans. Tumeur qui occupe toute la région parotidienne droite. Tumeur dure, immobile, peau peu mobile. Douleurs spontanées.

Paralysie de la branche cervico-faciale du nerf facial.

Diagnostic : squirre de la parotide.

OBSERVATION XVI

Squirre. (MICHAUX). Paris 1883.

A l'époque où j'observais chez M. Duplay ces deux types de squirre parotidien, j'ai rencontré une femme âgée de plus de 60 ans, qui était certainement atteinte de squirre atrophique de la parotide.

Je n'ai malheureusement pu avoir aucun renseignement historique, mais il existait une *paralysie faciale unilatérale complète*.

OBSERVATION XVII

Squirre. (MICHAUX.)

Robert Toussaint, 52 ans.

Au mois d'octobre 1880, sans aucune douleur, sans aucune secousse, le malade a remarqué qu'il se produisait peu à peu,

une déviation particulière des traits. C'était le début d'une paralysie faciale gauche, qui persiste encore avec ses signes habituels.

Au mois de septembre 1881, c'est-à-dire, près d'un an après, seulement, le malade s'est aperçu de la présence de petites boules, paraissant situées dans la peau de la région antéro-latérale gauche du cou.

Peu à peu toute la région sterno-mastoïdienne gauche a été envahie par cette induration : induration considérable, ligneuse, très étendue, diffuse.

Diagnostic : squirre en cuirasse de la région parotidienne.

OBSERVATION XVIII

Squirre. (MICHAX.)

Wuilliot, 76 ans. Au commencement de 1878, le malade a vu survenir : *du renversement de la paupière inférieure gauche, et en même temps un léger degré de déviation faciale.* Deux mois après, le malade perçoit une petite induration au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Six mois après, paralysie et tumeur ont augmenté...

L'observation se termine par les résultats de l'autopsie et de l'examen histologique dont le résultat est : « squirre intéressant la totalité de la glande parotide. »

OBSERVATION XIX

Squirre probable. (FERRIEUX.)

Il y a deux ans, l'entourage de la malade remarqua à son réveil *qu'elle avait la bouche légèrement déviée*, et on attribua ce début de paralysie faciale à une petite attaque. Cette déviation augmenta progressivement.

Il y a huit mois un chirurgien porta le diagnostic de tumeur maligne de la parotide.

Induration ligneuse de toute la parotide gauche, paralysie faciale inférieure gauche.

OBSERVATION XX

Squirre. (FERRIEUX.)

P. Eugénie, 53 ans.

Tumeur datant de trois ans. Début de l'affection révélé par une paralysie faciale, troubles de la vue et picotements de l'œil gauche concomitants, en décembre 1910. *Paralysie faciale totale*, induration de la région parotidienne, qui fait porter le diagnostic de squirre de la parotide.

En outre, on constate : torticolis, troubles de l'audition, trismus.

OBSERVATION XXI

Epithélioma de la peau de la région parotidienne.

(In thèse de Branlat.)

Homme, 48 ans, tumeur épithéliale de la peau, qui a envahi profondément les ganglions et une partie de la glande. La tumeur est volumineuse et ulcérée. Douleurs atroces, *paralysie faciale*, extirpation, cinq mois après, récidive sur place. Mort.

OBSERVATION XXII

Epithélioma. (BRANLAT.)

Etienne P..., 48 ans. Tumeur volumineuse de la région parotidienne gauche dont le début remonte à une dizaine d'années. Tumeur considérable, 42 centimètres de circonférence de base, ulcérée. *Hémiplégie faciale complète.*

Diagnostic : épithélioma tubulé.

OBSERVATION XXIII

Epithélioma. (SOUVILLE.)

« Journal des Sc. médic. de Lille, 1890 ».

Mme X..., 72 ans. Tumeur sphéroïde indolore de la parotide, grosse comme une orange datant de 20 ans,

Il y a six mois, à la suite d'un traumatisme, la tumeur prend un accroissement considérable. Le néoplasme a maintenant la grosseur des deux poings. Nerf facial comprimé. *Commissure labiale abaissée. Les muscles de la joue sont paralysés.*

Examen histologique : épithélioma tubulé.

OBSERVATION XXIV

Epithélioma. (DESPLATS).

« Journal des Sc. médic. de Lille, 1908 ».

Femme de 36 ans. Tumeur de la région sous-auriculaire droite, de la grosseur des deux poings.

Paralysie faciale droite complète qui aurait débuté il y a un an (relativement tardive).

Examen histologique : Epithélioma lobulé à globes épidermiques.

OBSERVATION XXV

Epithélioma. (FERRIEUX).

Région parotidienne droite occupée par une tumeur saillante. Peau intacte, légèrement tendue, sans adhérences. Consistance inégale. Depuis un mois et demi, *hémiplegie faciale*, branche cervico-faciale seulement. Cette paralysie est survenue à une période peu avancée du développement du mal.

Examen histologique : épithélioma.

OBSERVATION XXVI

Epithélioma. (DELANGLADE).

« Marseille médical », 1906.

Femme, 65 ans. Tumeur du volume d'une demi-noix, occupant la partie inférieure de la loge parotidienne. Tumeur dure, mal limitée, adhérente. *Paralysie faciale visible seulement lorsqu'on fait exécuter à la malade certains mouvements : siffler, souffler, dépendant du facial inférieur.*

Examen histologique : épithélioma à évolution rapide.

OBSERVATION XXVII

Epithélioma.

Observation due à l'obligeance de M. le Docteur VERDELET,
chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

D... Marie, 44 ans. Epithélioma parotidien opéré en 1921.
Récidive rapide en novembre 1922. Ulcération et tumeur de la
région parotidienne et carotidienne gauches, avec *paralysie*
faciale gauche. Amélioration par le traitement radiothérapique.

Biopsie: épithélioma.

OBSERVATION XXVIII

Epithélioma.

Observation due à l'obligeance de M. le Docteur CHARRIER,
chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Malade de 52 ans. Depuis deux mois, la région parotidienne
gauche augmente de volume, sans aucune douleur, sans fièvre,
œdème léger de la région, consistance dure, pas de tumeur
circonscrite, mais augmentation diffuse. *Pas de paralysie fa-*
*cial**e*, pas de ganglions, rien du côté de la bouche, rien dans
la gouttière carotidienne.

Biopsie. Réponse du laboratoire Bonnard et Piéchaud : épi-
thélioma. Multiplication active des cellules et des noyaux, allu-
re maligne.

Essai d'opération du Professeur Duval. La région largement
exposée, on voit que toute opération est impossible. Fermeture.

Lé malade meurt deux mois après sans aucun signe de para-
lysie faciale.

OBSERVATION XXIX

Epithélioma. (BÉRARD et M^{me} MOUTET).

« Lyon chirurgical », 1914.

D... Marie-Louise, 33 ans. Début de la maladie : janvier 1913,
par une odontalgie très violente. La tumeur a débuté par une

toute petite grosseur en pleine région parotidienne. La tuméfaction s'est étendue peu à peu. On fait le diagnostic de tumeur maligne. Quatre irradiations de rayons X.

Biopsie : épithélioma atypique.

La malade n'a jamais présenté de paralysie faciale.

OBSERVATION XXX

Epithélioma. (CAMPENON). « France médicale », 1889.

Homme, 53 ans. Tumeur de la région latérale supérieure du cou. Début il y a huit mois. La peau adhère au point culminant de la tumeur, présentant le phénomène de la peau d'orange. Diagnostic : épithélioma.

Par une anomalie assez curieuse, notre malade ne présente ni douleur, ni paralysie faciale.

OBSERVATION XXXI

Epithélioma. (DE BOUCAUD).

« Journal de méd. de Bordeaux », 1903.

Jeune homme de 31 ans. Tumeur parotidienne du volume d'une orange. Peau normale, tumeur arrondie, irrégulière, consistance inégale. *Pas de paralysie faciale.*

Examen histologique pratiqué par le Docteur Sabrazès : épithélioma.

OBSERVATION XXXII

Cancer de la parotide. (HARTMANN).

« Journal des Praticiens », 1921.

Homme de 78 ans. Depuis trois mois, petite grosseur qui a rapidement augmenté de volume.

Diagnostic : Cancer de la parotide. *Il n'est pas question de troubles fonctionnels ni de paralysie faciale.*

OBSERVATION XXXIII

Epithélioma. (SAVARIAUD).

« Société anatomique de Paris », 1906.

Femme de 62 ans. Tumeur maligne de la parotide en forme de brioche, à sommet ulcéré, adhérente aux parties profondes.

Pas de paralysie faciale.

Examen histologique : épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

OBSERVATION XXXIV

Cancer de la parotide. (LECÈNE).

« Bull. et mém. Soc. anat. de Paris », 1911.

Tumeur enlevée sur un homme de 57 ans, qui était entré portant une saillie ulcérée de la région massétérine, s'étendant sur une surface égale à celle d'une pièce de 5 centimes. *Il n'y a aucun trouble fonctionnel appréciable, pas de ganglions.*

L'étude de ces diverses observations et de celles de la deuxième partie de ce travail, nous permet les quelques réflexions qui suivent, qu'on trouvera du reste résumées dans nos conclusions.

Les sarcomes, purs, mélaniques, ou associés, donnent relativement peu de paralysies faciales, vu leur caractère de tumeurs malignes.

Peut-être le sarcome mélanique donne-t-il un pourcentage un peu supérieur.

Les autres tumeurs, épithéliomes, s'accompagnent plus fréquemment de cette complication.

Ajoutons que ce sont les tumeurs dures qui paraissent la donner.

Nous insisterons tout particulièrement sur les observations 17, 18, 19, 20, où la nature du mal, a été nettement caractérisée par une paralysie faciale, apparue bien avant tout symptôme de tumeur, local ou général.

Il semble que la paralysie dans les autres cas soit un symptôme plutôt tardif de la maladie.

Malgré le nombre relativement restreint d'observations nous nous croyons autorisés à établir un pourcentage de nos résultats, pourcentage que l'on retrouvera dans nos conclusions.

37 cas de tumeurs malignes nous ont donné :

30 cas de paralysie faciale, ce qui nous donne une proportion de :

82 % environ.

14 cas de sarcome, pur ou associé, nous ont donné :

5 cas de paralysie faciale, ce qui donne une proportion de :

36 % environ.

Enfin,

24 cas d'épithéliomas nous ont donné :

16 cas de paralysie faciale, ce qui donne une proportion de :

66 % environ.

DEUXIÈME PARTIE

Le syndrome nerveux de l'espace rétro-parotidien postérieur.

La paralysie faciale constitue comme nous venons de le voir un signe très fréquent et très important des tumeurs malignes de la parotide; mais il est un autre syndrome moins fréquent, mais d'un intérêt tout autre : le syndrome nerveux de l'espace rétro-parotidien postérieur.

La première description en fut donnée par Villaret, en 1916, mais cet auteur ne le découvrit qu'à la faveur de blessures de guerre tout à fait spéciales. Il donna, en effet, deux observations de blessés de guerre, portant une section par balle ou éclat d'obus des quatre dernières paires crâniennes et du sympathique, au niveau de la région rétrostylienne. Ce syndrome purement traumatique n'aurait pu nous intéresser ici, si, en 1923, Collet et Bonnet, de Lyon, ne l'avaient retrouvé au grand complet chez deux malades porteurs de squirres de la parotide, dont nous reproduisons ici les observations.

A ces deux observations nous en joignons une, extraite de la thèse de Michaux, qui, sans connaître ce syndrome, paraît le supposer, et tout au moins, donne une belle description clinique d'un malade porteur d'un carcinôme de la parotide. Enfin nous publions une observation inédite que nous devons à l'obligeance et à l'amabilité du

Docteur Charrier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux et à qui nous adressons ici l'expression de toute notre gratitude.

Nous avons cru intéressant d'étudier avec quelques détails ce syndrome de compression rétro-parotidienne, mis au jour du fait de blessures de guerre, et si bien reproduit par la suite par des affections spontanées.

Nous publierons d'abord les observations de Villaret qui ont servi de première base à l'étude du syndrome; ensuite, à la lumière de nos observations, nous étudierons rapidement les circonstances cliniques qui accompagnent l'évolution de certains cancers de la parotide, évolution, qui, comme nous l'avons dit, est en tous points semblables au syndrome traumatique.

Le syndrome de Villaret.

Le 2 janvier 1916, M. Maurice Villaret, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chef adjoint du centre neurologique de la XVI^e région, présentait deux observations absolument inédites à la séance de la Société de neurologie de Paris. Les deux observations qu'il lut ce jour-là, et que nous reproduisons ci-dessous, vont servir de base à notre étude clinique. C'est sur ces deux observations, en effet, que s'est fondé le nom de : syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur, ou syndrome de Villaret.

« Je viens d'observer, dit le Professeur Villaret, dans
» le service du Professeur Grasset, deux cas fort curieux
» de blessures de guerre rétromastoïdiennes par armes à
» feu, qui se sont accompagnées d'une série de troubles,
» dont l'ensemble m'a permis de poser le diagnostic de
» lésion du paquet nerveux rétro-parotidien. Comme il

» s'agit là d'observations peu banales, j'ai cru devoir les
» rapporter ici sous l'étiquette générale de : syndrome
» nerveux de l'espace rétro-parotidien postérieur. »

Les deux observations que nous allons reproduire, sont donc relatives à des blessures de la région par armes à feu, des blessures de guerre, et nous verrons comment ces lésions, strictement traumatiques, donnent naissance à une symptomatologie qui peut se superposer d'une façon si exacte avec les cas que nous citons, d'une étiologie tellement différente.

OBSERVATION I

(VILLARET) 1916.

H... Emile, 21 ans, hôpital n° 2, salle 2, n° 18, a été blessé le 26 mai 1915 par deux éclats d'obus, l'un à l'épaule gauche, l'autre au niveau de l'apophyse mastoïde gauche, d'où on l'a extrait par la suite. Il en est résulté des troubles immédiats, consistant en aphonie, gêne de la déglutition et déviation de la langue, à gauche, entraînant de la dysarthrie. L'examen de ce blessé, qui nous est amené 5 mois après la cicatrisation de sa blessure montre :

1° Une hémiatrophie gauche de la langue. Le côté gauche de celle-ci est flétri, ridé, et donne l'impression d'un sac vide. De plus, la langue est projetée à gauche; il en résulte une gêne notable de l'articulation des mots.

2° Du rétrécissement de la fente palpébrale gauche. Non seulement l'ouverture palpébrale gauche est plus petite, mais l'œil gauche est en retrait et la pupille est en myosis par rapport au côté droit. Il existe de plus un léger degré de conjonctivite gauche.

3° De la paralysie du voile du palais entraînant de la dysphagie.

4° De la paralysie de la corde vocale gauche (examen du Professeur Mouret), entraînant de l'enrouement et de la dys-

phonie. Pas de modifications des réflexes tendineux ou cutanés, pas de signes de lésions hémisphériques ou mésocéphaliques, ni d'altération du faisceau pyramidal. Réflexe mastérien normal. Pas de signes de paralysie faciale, pas de signe du Paucier, pas de tachycardie.

OBSERVATION II

(VILLARET) 1916.

R... Charles, 23 ans, hôpital 2, salle 2, n° 8, a été blessé le 25 septembre 1914 par deux balles, l'une qui s'est logée dans la fosse sus-épineuse droite, d'où elle a été extraite secondairement; l'autre qui, après s'être aplatie le long de l'apophyse mastoïde droite, a échancré le lobe inférieur de l'oreille correspondante et éraflé l'arcade sourcilière. Il en est résulté une otite moyenne purulente, soignée chez le Professeur Mouret, qui retire le 16 décembre 1914 un bouton de capote de la mastoïde droite.

D'autre part, immédiatement après la blessure, ont débuté les symptômes suivants : enrouement persistant, par parésie des cordes vocales droites, constatée par le Professeur Mouret en décembre 1914 et persistant le 17 février 1915; rétraction de la langue, entraînant de la dysarthrie; paralysie faciale droite. L'examen du blessé pratiqué le 20 novembre 1915 révèle :

1° Une parésie périphérique du facial supérieur et inférieur droit, avec déviation des traits, bouche oblique ovalaire, diminution de la contraction du peaucier droit, salivation continue.

2° De l'hémiatrophie linguale droite, la langue est ridée, flétrie dans sa moitié droite comme un chiffon. Il existe de plus une paralysie incomplète des muscles de la langue, entraînant l'impossibilité de la projeter en avant. Il en résulte une dysarthrie d'autant plus prononcée, qu'elle s'accompagne de contracture des masséters, avec impossibilité d'ouvrir fortement la bouche.

3° De la parésie des cordes vocales droites (examen du Professeur Mouret) avec enrouement.

4° De l'énophtalmie avec rétrécissement de la fente palpébrale droite.

5° A signaler, de plus, une légère diminution de la sensibilité spéciale du côté atrophié de la langue, et un syndrome vertigineux avec surdité labyrinthique droite.

Un examen radiographique pratiqué par le Professeur Bertin-Sens, a montré l'existence de petits fragments métalliques situés dans la profondeur au niveau de la région parotidienne droite.

Un examen électrique pratiqué par le Professeur Imbert le 3 décembre 1915 a décelé une diminution notable de la contractilité galvanique dans les domaines des nerfs facial et grand hypoglosse droits.

Nous plaçons nos observations de cancer de la parotide avec syndrome de Villaret immédiatement après les observations de syndromes nerveux par section traumatique. On pourra ainsi en les comparant voir à quel point sont semblables ces deux syndromes, d'étiologie variée.

OBSERVATION I

Recueillie dans la Clinique de M. le Professeur TIXIER.

Squirrel de la parotide . Paralysie faciale précoce. Apparition secondaire tardive d'un syndrome paralytique de l'espace rétro-parotidien. Paralysie du spinal (branche interne et branche externe).

L... Claude, 45 ans, cultivateur, entre dans la clinique de M. le Professeur Tixier, le 20 février 1920, pour des douleurs intenses privant le malade de tout sommeil, localisées à la région parotidienne.

Il avait remarqué, dès 1908, la présence, à gauche, sous le lobule de l'oreille, d'une petite tuméfaction du volume d'une noisette, dure et adhérente aux plans profonds. Aucun trouble fonctionnel ne l'accompagnait, jamais il n'eut l'idée d'attirer sur elle l'attention des médecins.

Vint la guerre. Le malade, ancien réformé, fut récupéré en mars 1915. Il fut envoyé sur le front où il séjourna jusqu'au 27 juillet 1915 : à cette date, il fut atteint de paralysie faciale gauche et évacué. Il fut envoyé au centre de Vichy où il suivit quarante séances d'électrisation sans résultat.

Renvoyé au dépôt de son corps, il se présenta maintes fois à la visite médicale pour les troubles relevant de sa paralysie faciale; mais, sans doute, il lassa par ses venues fréquentes la patience du médecin et celle de ses chefs, car, un jour, on décida qu'il était un simulateur, et pour ce motif il fut puni de huit jours de prison. Il fallut la visite fortuite d'un chirurgien en août 1916 et un examen méthodique de la paralysie faciale, pour en faire découvrir la cause probable dans la présence d'une induration de la région parotidienne.

Après trois séances de radiothérapie restées sans amélioration nette, on décida une intervention sur la parotide dans le but, dit le malade, de dégager le nerf facial.

Entre temps, le malade souffrant des dents se fit arracher trois molaires du côté gauche dans l'espoir d'obtenir un soulagement.

La tumeur, située sous le lobule de l'oreille, et restée sans modifications de volume depuis 1908, fut extirpée en novembre 1916. Les douleurs furent à peine modifiées, la paralysie faciale s'accrut et le malade fut réformé. Il put pendant quelque temps reprendre son travail, mais devant l'intensité croissante des douleurs, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Jusqu'en novembre 1919 l'état général était resté satisfaisant.

Cependant le trismus qui était apparu depuis 1916 avait augmenté, et, en fin de compte, le malade ne pouvant plus s'alimenter, fit arracher pour faire la voie aux aliments toutes les dents de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure du côté gauche.

Depuis un an les douleurs sont devenues intenses, surtout nocturnes, elles empêchent tout sommeil. Le malade s'est cachectisé en grande partie du fait de la douleur; il a maigri de quinze kilos.

A l'examen, en février 1920, on est frappé immédiatement

par une paralysie faciale gauche, totale, qui déforme la face au plus haut point et donne lieu à des complications du côté de la conjonctive.

L'attention est attirée du côté de l'oreille par la paralysie faciale. Le conduit auditif est obstrué par un œdème dur de ses parois qui viennent au contact l'une de l'autre; le pavillon de l'oreille est violacé, nettement plus chaud que celui du côté droit.

Sous le lobule de l'oreille se voit la cicatrice de l'intervention. A ce niveau n'existe aucune tumeur, mais une induration mal limitée semblant faire corps avec la branche montante du maxillaire en avant, se confondant en arrière avec un œdème dur de la région mastoïdienne, et s'atténuant au niveau de l'angle de la mâchoire. Les téguments violacés font corps avec cette induration qui blinde la région parotidienne.

La palpation permet de rencontrer un certain nombre de ganglions du volume d'un pois, durs, semés le long de la région carotidienne.

Le trismus est extrêmement prononcé; il ne permet qu'un écartement de deux millimètres et paraît dû surtout à l'induration parotidienne et à l'atteinte de l'articulation temporo-maxillaire.

Le doigt peut être cependant introduit dans la cavité buccale, à la faveur de la brèche créée du côté gauche par l'avulsion dentaire; il perçoit une induration nette de la région amygdalienne gauche.

La douleur est localisée à la région parotidienne avec cependant quelques irradiations imprécises vers l'œil, le cou et l'oreille; le malade les compare à une brûlure au fer rouge. Ces douleurs sont continues avec des paroxysmes aussi intenses la nuit que le jour; le malade s'enfouit sous les draps, couché sur le côté gauche, la face enfoncée dans l'oreiller, insensible à tout ce qui l'environne.

La température est élevée et oscille de façon très régulière entre 38° et 39°.

L'attention est attirée sur les signes de compression des nerfs crâniens par le myosis et les troubles de la déglutition.

L'examen en est très difficile, à cause du trismus. Cependant

des explorations répétées permettent de déterminer l'existence d'un véritable syndrome paralytique.

1° *Sympathique*. — Il existe à gauche du myosis. La face est rouge vif de ce côté, mais ce fait est tout d'abord rapporté à des troubles de vascularisation.

Cependant après plusieurs examens répétés à des dates différentes, on retrouve des phénomènes vasomoteurs très spéciaux, comme calqués sur les résultats de l'expérimentation chez le chien.

La langue du côté gauche est pâle. La pâleur cesse nettement sur la ligne médiane. Par contre, le voile du palais du même côté est rouge, ainsi que la moitié gauche de la lèvre supérieure à sa face interne.

Ce sont là les effets de la section du sympathique, symptômes observés chez un homme par Jonnesco et Floresco.

2° *Glosso-pharyngien*. — Pendant la phonation et pendant la nausée provoquée par le contact de l'abaisse-langue, la paroi postérieure du pharynx se déplace vers la droite; ce phénomène est dû à l'inertie de la moitié gauche du constricteur supérieur du pharynx, muscle innervé par le glosso-pharyngien; sous l'influence de la contraction de l'hémipharynx droit, seul actif, il y a translation de la paroi postérieure du pharynx vers le côté sain. Cette hémiplegie du constricteur supérieur, c'est-à-dire du muscle le plus actif de l'entonnoir pharyngien, entraîne une difficulté considérable de la déglutition; le pain ne passe pas, ni les soupes épaisses; pour avaler, « il faut que ce soit bien clair ».

L'examen de la fonction gustative a été pratiquée pour les quatre sensations fondamentales (salé, doux, amer, acide).

Chlorure de sodium : hésitation entre salé et amer.

Sucre : n'est pas senti à gauche, seulement à droite.

Quinine : est sentie amère à gauche; quand on a touché à droite, est sentie « beaucoup plus amère ».

Vinaigre : perçu assez rapidement.

3° *Pneumogastrique*. — Toux fréquente diurne et nocturne mais sans caractère coqueluchoïde.

Quant à la sensibilité du tragus, il y a plutôt hypoesthésie, et pas de toux par sa compression.

4° *Spinal*. — Il est atteint dans sa branche interne et dans sa branche externe.

Le malade rejette assez fréquemment les aliments liquides par le nez au moment de la déglutition.

La voix est très modifiée, rauque, voilée mais non bitonale.

Le pouls est accéléré. Les pulsations varient entre 130 et 140.

Examen du voile du palais et du larynx : corde vocale gauche en position cadavérique. Au repos la luette est manifestement à droite de la ligne médiane, l'arc palatin droit beaucoup plus étroit que le gauche. Pendant les essais de phonation, inertie des piliers gauches; au contraire, le pilier postérieur droit se rapproche de la ligne médiane, croisant ainsi la paroi postérieure du pharynx qui se déplace en sens inverse, de telle sorte que le mouvement de translation plus haut décrit en paraît encore amplifié.

La branche externe du spinal est elle-même nettement atteinte. Il existe un léger torticolis : le muscle sterno-cléido-mastoïdien fait saillie, comme une corde tendue, sous les téguments; son insertion mastoïdienne est engainée dans la zone d'induration mais le muscle lui-même paraît atrophié; il est un peu flasque, se contracte mal, et semble au moins parésié; malgré qu'à première vue il paraisse être en contracture sous les téguments.

Le trapèze du côté gauche est nettement parésié; il dessine, sous les téguments, un relief mince, tranchant; le relèvement de l'épaule s'opère imparfaitement et avec moins de force que du côté droit.

5° *Hypoglosse*. — Il ne présente aucun signe de paralysie, la langue paraît un peu déviée parce que sa pointe passe par une brèche dentaire; on sent les deux moitiés de l'organe se contracter quand on le saisit entre le pouce et l'index.

On tente depuis l'arrivée de ce malade dans le service de soulager la douleur; il refuse la morphine qui l'épuise. Un traitement spécifique réalisé par deux séries d'injections de novarsénobenzol n'a donné aucun résultat.

Une application de radium est faite dans les premiers jours du mois d'avril suivant les indications du Dr Nogier.

Deux tubes représentant 130 milligrammes de radium sont introduits perpendiculairement aux téguments : l'un au niveau de l'angle de la mâchoire plonge vers l'amygdale, l'autre sous le lobule de l'oreille est dirigé prudemment vers la base du crâne en évitant le trajet des gros vaisseaux de la région. Ils sont laissés en place 48 heures.

Il n'y eut dans les premiers jours aucune atténuation de la douleur. Cependant le cinquième jour l'induration cervicale semblait avoir un peu diminué et les douleurs à ce niveau étaient moindres.

Un nouvel examen fut pratiqué le 15 juin et donna les mêmes résultats que les précédents : même paralysie de la corde gauche, de la moitié gauche du voile et de l'hémipharynx gauche.

Le malade succomba dans le marasme.

Il fut impossible par la dissection de rien reconnaître au milieu du tissu lardacé qui bloquait toute la base du crâne. Un fragment put cependant servir à l'examen histologique qui confirma le diagnostic de squirre de la parotide.

OBSERVATION II

Recueillie dans la clinique de M. le Professeur TIXIER.

Squirre de la parotide. Syndrôme paralytique précoce de l'espace rétro-parotidien postérieur. Paralysie tardive du facial et de la branche externe du spinal.

R... Jean, cultivateur, 58 ans.

Le malade entre dans le service pour une tumeur ganglionnaire de la région sterno-mastoïdienne à la partie supérieure du cou, à gauche.

Elle siège dans la partie haute de la région sterno-mastoïdienne. Elle s'étend de l'angle de la mâchoire à la nuque; en haut, elle atteint et soulève le lobule de l'oreille; vers le bas, elle déborde la grande corne de l'os hyoïde.

Elle est du volume d'une mandarine mal circonscrite irrégulièrement arrondie, à peine bosselée, ce qui ne rend pas évidente sa nature ganglionnaire, sauf tout à fait en arrière où un lobe plus petit, du volume d'une bille, adhérent à la masse principale, semble être un ganglion. La tumeur est couverte par des téguments normaux, mais légèrement adhérents.

Dans la profondeur, par contre, elle adhère de façon intime et ne peut subir dans le sens latéral aucun déplacement.

A la palpation, elle est d'une dureté ligneuse, uniforme.

Des douleurs, à caractère névralgique, envoient des irradiations à l'oreille et à la région temporo-pariétale.

La première idée qui se présente est qu'il s'agit d'une masse ganglionnaire néoplasique. Mais on ne trouve nulle part le néoplasme primitif. Le malade ne présente aux lèvres, ni à la langue, trace d'ulcération ni d'opération ancienne. Systématiquement on explore la muqueuse buccale, le pharynx. Le Dr Aloin pratique l'examen laryngoscopique, l'examen de la bouche de l'œsophage, l'examen des sinus, sans découvrir le siège primitif du néoplasme. De sorte que l'hypothèse d'un branchiome malin, d'un lymphosarcome, a pu être émise.

Il existe des signes nets de compression des nerfs à la base du crâne, qui attirent notre attention, nous remettent en mémoire l'observation du malade précédemment observé (obs. I) et nous songeons à la possibilité d'une tumeur parotidienne. L'histoire du malade y conduit d'ailleurs. La tumeur primitive serait apparue, il y a trois mois, en arrière de l'angle de la mâchoire; d'emblée elle adhérerait aux plans profonds. Elle grossit progressivement et sans douleur. Le médecin qui vit le malade, et qui a pu ultérieurement nous donner le renseignement, songea à un adénome de la parotide.

Le toucher amygdalien révélait bien, à notre examen, une induration légère; mais celle-ci pouvait être due à la masse ganglionnaire, et surtout, l'absence de paralysie faciale nous faisait rejeter, ou du moins, suspendre ce diagnostic.

Dès ce moment, nous avons pratiqué un examen méthodique de l'état des nerfs de la base du crâne. L'atteinte du sympathique se traduit par du myosis accentué à gauche. Il

y a un peu de rougeur de la face, aucune modification nette de coloration des muqueuses.

Le glosso-pharyngien ne semble pas atteint. Il n'y a pas de mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx.

Le spinal semble également indemne. La branche externe n'est pas atteinte.

Il n'y a aucun signe de paralysie récurrentielle.

Cependant il existe des modifications du côté du voile du palais, qui laissent penser que le spinal, et peut-être même le glosso-pharyngien, ne sont pas absolument indemnes.

Au point de vue fonctionnel, le malade a de la difficulté à déglutir le bol alimentaire; souvent, les aliments refluent par la narine.

A l'examen, nous notons :

7 août. — Légère asymétrie du voile. Dans les sons aigus l'arc palatin se soulève davantage à gauche; la pointe de la luette se porte du côté sain et cet appendice est légèrement oblique. Le pilier postérieur droit se contracte, le gauche moins, et se rapproche moins de la ligne médiane.

Les signes de paralysie de l'hypoglosse dominant, mais ils ont une manifestation apparemment paradoxale.

La langue, vue en place dans la bouche ouverte, est asymétrique : la moitié droite semble atrophiée, tandis que la moitié gauche, globuleuse, tuméfiée, voile complètement l'entrée du pharynx. Cette moitié est animée de contractions fibrillaires.

Quand le malade tire la langue, celle-ci se porte du côté droit. Le côté droit semble atrophié, tant le côté gauche est volumineux. Les contractions fibrillaires s'exagèrent à gauche. La langue peut être portée vers la commissure droite, elle ne peut pas être portée vers la gauche et ne dépasse pas la ligne médiane.

Les deux côtés de la langue se contractent; le côté gauche durcit cependant nettement moins que le côté droit.

24 août. — Nous introduisons dans la tumeur, avec l'assistance du Dr Japiot, 2 tubes de radium : l'un se dirige de la partie saillante de la tumeur dans la direction de l'amygdale;

l'autre, introduit au niveau de la nuque, croise horizontalement le trajet des gros vaisseaux, — 87 mgr. 20 — laissés en place 48 heures.

28 août. — Déviation paradoxale de la langue du côté sain. Contraction faible du pilier postérieur gauche, mais non absolument supprimée.

Pas de mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx.

Mobilité du larynx normale.

Le malade quitte le service le 2 septembre. On renonce à toute tentative d'exérèse, en raison de signes de compression profonde.

Les symptômes du côté du voile et de la langue semblent avoir diminué d'importance.

Nous nous rattachons au diagnostic de squirre de la parotide avec manifestations ganglionnaires prédominantes, mais nous sommes surpris qu'il n'y ait pas de paralysie faciale. Aussi, recommandons-nous au malade de revenir après un mois.

Les symptômes fonctionnels deviennent si importants que le malade se présente plus tôt. Rentré chez lui, il put travailler aux champs et même faucher, pendant quelques jours : mais les douleurs apparurent bientôt :

Vers le 8 septembre, il constata que l'épaule gauche était douloureuse et lourde. Au bout de quelques jours la douleur devint atroce, continue, durant le jour et la nuit, au point que le malade songea au suicide.

16 septembre. — Le malade qui s'était alité après son repas, pour soulager la douleur, se réveilla dans l'après-midi avec la bouche tordue.

28 septembre. — Il rentre à nouveau à l'hôpital. La douleur est extrêmement vive. Le malade la localise en un point très précis, au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate où la pression l'exaspère. La douleur survient par crises très rapprochées, de telle sorte que le malade est dans un état d'agitation continuelle. Il se promène, l'épaule basse, l'avant-bras soutenu par la main saine ou bien il s'accoude à une table comme pour soulever l'épaule.

Deux symptômes objectifs nouveaux sont apparus :

La paralysie de la branche externe du spinal;

La paralysie faciale.

Facial : La paralysie faciale est totale (branche cervico-faciale, branche temporo-faciale).

Spinal : La paralysie de la branche externe du spinal se traduit par la paralysie complète du sterno-cléïdo-mastoïdien et du trapèze.

Les trois chefs du trapèze sont paralysés.

Nous revoyons avec soin le syndrome paralytique rétro-parotidien.

Hypoglosse : Les symptômes sont exactement ce qu'ils étaient au mois d'août, un peu atténués cependant. Au cours des jours suivants, la paralysie de l'hypoglosse rétrocede nettement, mais reste cependant toujours évidente.

La langue, dans le mouvement de relèvement vers le palais, se porte à droite. Elle reste plus large à gauche.

Les muscles innervés par la branche descendante de l'hypoglosse semblent paralysés, mais cela est difficile à apprécier cliniquement.

Glosso-pharyngien : Pas de mouvement de translation de la paroi postérieure du pharynx.

Il existe dans la gustation des troubles nets. Le malade prétend qu'il est obligé d'avaler toujours du côté droit, parce que du côté gauche la langue ne perçoit pas le goût des aliments et se trouve incapable de porter les aliments au fond du gosier. Souvent les aliments ressortent par le nez, ou donnent lieu à une quinte de toux par pénétration dans les voies aériennes.

Un paquet de poudre de quinine, placé sur la langue immobilisée, à l'extrémité d'une sonde canelée : la saveur amère n'est perçue qu'à droite. (Il faut tenir compte, dans l'interprétation, de l'état œdémateux de la langue de ce côté.)

Spinal (Branche interne) : Les troubles du côté du voile ont rétrocedé très rapidement et presque disparu : Le voile est un peu asymétrique, mais la saillie de la région amygdalienne devenue importante, suffit à l'expliquer. Dans la contraction, l'asymétrie disparaît, la luette s'élève sur la ligne

médiane, les piliers se rapprochent de façon à peu près égale, la paroi postérieure du pharynx s'élève régulièrement.

Sympathique : Les troubles de compression du sympathique ont disparu. Du moins le myosis n'existe plus. Le rougeur de la face peut être sous la dépendance de la paralysie faciale, et des troubles de compression vasculaire.

Pneumogastrique : Les signes de paralysie du pneumogastrique sont difficiles à apprécier :

Il n'y a pas d'anesthésie des piliers ni de l'arc palatin du voile; pas d'anesthésie de la paroi postérieure du pharynx.

La pression au niveau du tragus ne révèle pas le signe d'Es-cat, mais détermine une crise douloureuse à l'angle de l'omoplate.

La recherche du réflexe oculo-cardiaque ne présente pas de valeur, à cause de l'état du sympathique.

La pression du globe oculaire gauche fait passer les pulsations de 102 à 96. A noter que depuis quelques jours, le pouls oscille entre 95 et 115.

Localement, la tumeur a évolué. Elle a augmenté de volume, elle est bosselée, nettement ganglionnaire, et de son pôle inférieur partent des traînées de lymphangite cancéreuse, en pluie vers le creux sus-claviculaire. On perçoit des chapelets moniliformes en haut, se prolongeant jusqu'à la région rétro-claviculaire par des troncs lymphatiques perçus d'une dureté ligneuse, fins comme des ficelles, voisinant avec des ganglions petits et durs, en grenaille.

On perçoit, à droite, un petit ganglion sus-claviculaire.

Pas de ganglion dans l'aisselle.

L'état général est peu altéré, mais la douleur oblige le malade au repos au lit la plus grande partie de la journée.

Pas d'élévation de température.

13 octobre. — La parésie de la langue a diminué progressivement. De même le malade avale beaucoup moins de travers. Le pouls oscille entre 94 et 110.

18 octobre. — La coulée lymphatique descend jusqu'à la clavicule. Les douleurs persistent, rebelles aux calmants.

14 novembre. — La masse ganglionnaire est maintenant

uniforme, dure, rouge, inflammatoire, et attire la face vers la base du cou. Les douleurs sont insupportables.

15 novembre. — Application de radium : 130,4 milligrammes pendant quarante-huit heures.

8 décembre. — On est obligé de sonder le malade : il est paraplégie. L'anesthésie remonte très haut à la partie moyenne du thorax. Douleur à la pression au niveau des apophyses épineuses de la 7^e cervicale, des 1^{re} et 2^e dorsales. le malade succombe quelques jours après.

OBSERVATION III

*Due à l'obligeance du Docteur CHARRIER,
chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.*

Cancer de la parotide. Syndrôme paralytique rétroparotidien.

Homme de 48 ans. Ancien syphilitique. Vient à l'hôpital Saint-André, le 30 avril 1922, à la consultation pour tumeur siégeant à la partie supérieure du cou, à gauche. Volume : un très gros poing. Déborde l'angle de la mâchoire et atteint la mastoïde. Lacis veineux. Peu mobile dans le sens latéral, durété ligneuse. Rien au niveau des muqueuses buccales, pharyngées..., etc...

Une opération ne semble pas possible, le malade est hospitalisé salle 11 bis (service du Docteur Charrier).

Trois jours après nous remarquons des signes de paralysie du grand hypoglosse. Langue asymétrique, très globuleuse, très saillante à gauche, très contractée, très dure à droite. La moitié droite se contracte peu ou même pas du tout à certains moments. Dans le mouvement en avant elle se porte à droite, et ce mouvement est très difficile à obtenir dans toute son amplitude.

Nous remarquons aussi une rougeur très marquée de la face à gauche, rien aux pupilles, pas de myosis, d'où atteinte du sympathique.

Le 3 mai 1922, paralysie de la branche externe du spinal : trapèze et sterno-cléido-mastoidien paralysés.

Du côté du voile, rien de net.

Modification du goût, pas de sensation amère ni acide à gauche de la langue.

Le 18 mai. — Engouement facile.

A la clinique du Professeur Moure, où le malade est adressé on répond : paralysie du constricteur supérieur du pharynx, donc atteinte du glosso-pharyngien. Rien du côté du pneumogastrique.

Depuis 20 jours, on fait des séances de radiothérapie profondes, sans aucun résultat qu'une brûlure de la peau assez marquée.

Cachexie rapide, le malade quitte le service le 2 juin dans un état très aggravé, et avec la persistance des mêmes troubles paralytiques.

OBSERVATION IV

In thèse MICHAUX.

Cette observation très résumée, est destinée à montrer que Michaux a soupçonné le syndrome rétroparotidien postérieur dans une observation de sa thèse, syndrome qui, quoique à peine ébauché, n'en semble pas moins existant.

... Il s'agit d'un squire typique de la parotide.

...« Il y a un peu de déviation du nez, la joue paralysée est flasque, soulevée par l'expiration, la parole, avec impossibilité de souffler ou de siffler. Difficulté de la mastication. Les aliments restent entre la joue et l'arcade alvéolaire; l'écoulement de la salive est involontaire, et enfin il y a déviation de la face du côté sain. Il ne m'a pas semblé qu'il y eut de paralysie du voile du palais, pas de troubles dans la déglutition des liquides, pas de déformation des arcades du voile palatin. Il n'y a pas davantage de déviation bien marquée de la

langue; elle se meut cependant peut-être un peu plus difficilement en haut et à gauche, peut-être y aurait-il d'après le dire du malade, un peu de diminution ou de perversion du goût.

Les deux observations de Villaret qui sont rapportées dans la revue neurologique de 1916, sont, malgré leur brièveté relative, extrêmement instructives et permettent de schématiser les caractères cliniques du syndrome de Villaret.

Le chapitre anatomique qui précède, nous a fait connaître d'une façon aussi schématique que possible les rapports anatomiques des organes situés en arrière de la loge parotidienne : c'est-à-dire les IX^e, X^e, XI^e, XII^e paires crâniennes.

Il nous a fait connaître aussi leur distribution motrice, sensitive, et sensorielle. Il en résulte, qu'il devient facile maintenant, par la simple observation méthodique, de rattacher à leur véritable cause tous les troubles que nous connaissons, et de savoir rechercher les symptômes qui nous assuraient d'une lésion de ces troncs nerveux.

Les deux observations publiées par Villaret, ont presque une valeur expérimentale, puisqu'il s'agit de lésions purement traumatiques; par conséquent, nous pouvons en déduire un syndrome, qui, sans être aussi pur que dans une section expérimentale des faisceaux nerveux, n'en a pas moins une grande valeur clinique, puisqu'il survient chez des sujets en parfaite santé, et exempts de toute tare antérieure. Nous verrons ultérieurement comment des lésions néoplasiques de voisinage peuvent reproduire d'une façon tellement fidèle le syndrome nerveux de section véritable, accidentelle.

Le syndrome de paralysie de l'espace rétroparotidien postérieur nous paraît donc constitué par les symptômes suivants :

1° *Lésion du grand hypoglosse :*

Hémiatrophie et hémiparalysie linguales;

2° *Lésion du grand sympathique du même côté :*

Enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale;

3° *Lésion unilatérale du pneumogastrique ou du spinal (branche interne) :*

Paralysie de la corde vocale avec troubles de la voix;

4° *Lésion de la branche externe du spinal :*

Paralysie du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien.

5° *Lésion unilatérale du glosso-pharyngien :*

Paralysie du constricteur supérieur du pharynx. Altération de la sensibilité gustative de la partie postérieure de la langue.

L'apparition d'un syndrome de Villaret au cours

de l'évolution d'une tumeur maligne de la parotide.

Nous lisons dans la thèse de Vernet (Lyon, 1915-16) au chapitre « étiologie » :

« Les tumeurs peuvent réaliser elles-mêmes une semblable compression, soit qu'elles naissent à la base du crâne, soit qu'elles gagnent cette région par extension, venant du pharynx, par exemple. (Dans le cas de Bellin, il y avait, à la fois, tumeur pharyngienne profonde et adénopathie carotidienne. Dans le cas de Sébilleau et Lemaître il s'agissait d'un épithélioma cylindrique de la base du crâne). On ne trouve pas signalés des cas de syndromes associés dans les tumeurs parotidiennes... »

Les observations de Collet et Bonnet, publiées en 1923, viennent rétablir les faits au sujet de ces affirmations.

Les lignes qui vont suivre et qui ont pour but l'étude d'une étiologie particulière et inattendue du syndrome de Villaret, ne prétendent pas donner des éclaircissements nouveaux sur la physiologie et l'anatomie des organes dont nous nous occuperons. C'est dans un esprit purement clinique que nous exposerons diagnostic, pronostic et traitement du syndrome tumoral de Villaret.

Dans cette courte étude, nous ne prétendons pas donner à ce syndrome tumoral de Villaret un caractère complet et immuable, qui conviendrait bien mal à un travail de ce genre. Les études médicales nous ont appris qu'il faut très souvent, presque toujours, se contenter de cas d'espèce, et que, seule, la réunion et l'interprétation de faits isolés permettent de former des syndrômes cohérents. Nous nous bornerons donc ici, à la lumière des données anatomiques, à déduire quelques notions de nos observations, bien persuadés qu'il s'agit là, seulement, d'un essai timide et d'une symptomatologie incomplète, réclamant encore de nombreuses autres données qui viendront les parfaire.

Sans revenir ici sur l'anatomie de la région, qu'il nous soit permis cependant de revoir avec quelques détails cette symptomatologie paralytique, dont les observations qui précèdent sont une si belle illustration.

A) *Paralysie du nerf glosso-pharyngien.*

(Nerf mixte.)

La compression de ce nerf dans les cas qui nous occupent se fait au-dessous du ganglion d'Audersch, et ne porte que sur la partie inférieure du nerf. C'est ce qui peut nous expliquer, que nous ne trouvons pas de symptômes d'altération du nerf de Jacobson, et que la symptomatologie porte, presque uniquement, sur la paralysie des branches qui nous paraissent plus importantes au point de vue fon-

tionnel ; les rameaux pharyngiens d'une part, les rameaux linguaux d'autre part; les uns, donnant de très sérieux troubles de la déglutition, les autres, des troubles de la sensibilité gustative.

Cependant, nous ne prétendons pas qu'il ne puisse arriver, que dans des tumeurs malignes à marche envahissante, et où toute la base du crâne est envahie, par la tumeur dure, on puisse rencontrer une symptomatologie beaucoup plus complète, où entrent en jeu les rameaux supérieurs du nerf. Cependant, à la lecture de notre observation I, on peut voir que les troubles limités aux rameaux pharyngiens et linguaux, coïncident avec une tumeur extrêmement volumineuse, et « bloquant toute la base du crâne ».

B) Troubles dus à l'atteinte du nerf pneumogastrique.

Vernet, dans sa thèse (déjà citée) se livre à une étude complète de la physiologie du nerf pneumogastrique et dit :
« Nous considérerons le X proprement dit :

1° Comme étranger à toute innervation motrice palato-pharyngo-laryngée.

2° Comme étant un nerf entièrement sensitif, les fibres cardio-modératrices elles-mêmes dépendant du XI.

3° Comme pouvant, par une lésion unilatérale, périphérique, ou centrale, entraîner une altération unilatérale de la sensibilité palato-pharyngo-laryngée et divers troubles que nous allons signaler.

1° Symptômes d'excitation :

a) Troubles hyperesthésiques.

b) Douleur.

c) Toux.

d) Troubles respiratoires (accélération le plus souvent).

e) Vomissements.

f) Troubles de régulation de la pression artérielle.

2° Symptômes d'inhibition :

- a) Anesthésie.
- b) Troubles respiratoires.
- c) Faim après repas. »

D'après ceci, et d'après l'étude de nos observations, il paraît difficile, dans une atteinte certaine du pneumogastrique, de délimiter, même au cours de l'évolution du mal les symptômes qui relèvent de l'une ou l'autre cause.

C) *Paralysie du nerf spinal.*

Les troubles du nerf spinal sont beaucoup plus intéressants, parce que plus nombreux, et portant à la fois sur sa branche interne et sur sa branche externe (Obs. I).

Les deux symptomatologies, si différentes, que donnent les deux branches de ce nerf, comprimées simultanément, sont assez complètes dans l'observation I.

Les troubles de paralysie complète du spinal peuvent être résumées comme suit :

1° *Branche interne :*

- a) Paralysie du voile du palais.
- b) Nasonnement.
- c) Troubles de la déglutition (le malade « avale de travers »).
- d) Troubles de l'audition rares.
- e) Paralysie du larynx.

2° *Branche externe :*

- a) Paralysie du trapèze.
- b) Paralysie du sterno-déïdo-mastoïdien.

Il est facile de se rendre compte que nos observations rapportent des cas rentrant assez bien dans ce cadre.

D) *Paralysie du nerf grand hypoglosse.*

Nous donnons ici un schéma des signes de la paralysie complète de ce nerf. Comme nous l'avons dit plus haut,

le syndrome de paralysie qui se dégage de nos observations, n'est pas complet. C'est en effet surtout une paralysie de la langue que nous voyons. Mais, nous le répétons, ceci n'est qu'un cas particulier, et nous croyons fort possible de rencontrer, dû à la même cause, un syndrome complet dont voici le schéma :

1° Paralysie de la langue.

2° Paralysie des muscles dépendant de l'anse descendante :

a) Sterno-hyoïdien.

b) Omo-hyoïdien.

c) Thyro-hyoïdien.

d) Sterno-thyroïdien.

E) *Paralysie du grand sympathique.*

Il suffit d'un simple coup d'œil sur l'anatomie du sympathique cervical, pour se rendre compte des troubles importants qui vont être provoqués par la compression même légère du système végétatif.

Vernet dit dans sa thèse qu'on pourra affirmer une compression du grand sympathique lorsqu'on aura constaté les phénomènes suivants :

a) Enophtalmie.

b) Rétrécissement de l'orifice palpébral.

c) Myosis.

Nous prions le lecteur de se rapporter à l'observation I, où il pourra se rendre compte du syndrome à peu près complet qui y est décrit, syndrome de compression correspondant assez bien à celui décrit par Vernet.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ce syndrome nerveux de l'espace rétro-parotien postérieur devient relativement facile, pour peu qu'on recherche les signes avec un peu d'attention. La paralysie faciale, qui est notée dans les observations ci-jointes, pourra parfois servir d'idée directrice à la recherche du syndrome; mais, il faudrait pour cela que les symptômes fonctionnels soient assez estompés, ce qui ne paraît pas avoir lieu.

Nous voyons, en effet, dans les diverses observations que nous publions, que les signes fonctionnels sont des signes de premier plan, qui peuvent passer difficilement inaperçus, même sans tenir compte de l'élément douleur, que nous avons systématiquement laissé de côté.

Il faudra en rechercher soigneusement toutes les manifestations, car, ainsi que nous l'avons dit précédemment, un élément peut manquer, et changer ainsi toute la physiologie du syndrome. Ceci nous amène à étudier rapidement quelques éléments de diagnostic différentiel.

Comme nous l'avons exposé en effet dans l'historique de la question, nombreux sont les auteurs qui ont essayé de schématiser divers ensembles de signes, d'en former des faisceaux cohérents, et c'est ainsi que nous avons vu naître tous les syndromes cités.

Nous éliminerons d'emblée tous les anciens syndrômes qui nous paraissent par trop insuffisants.

Le syndrôme de Villaret est constitué par des troubles paralytiques des IX^e, X^e, XI^e, XII^e paires et du sympathique, il nous suffira d'examiner rapidement les deux syndrômes qui se rapprochent le plus de celui-ci.

1° Syndrôme de Collet.

Le syndrôme de Collet est le syndrôme total des quatre dernières paires crâniennes, caractérisé par une hémiplégie linguale, vélopalatine et pharyngée avec paralysie du trapèze. Pendant la nausée, les piliers du voile du côté malade demeurent inertes, ceux du côté sain se rapprochent de la ligne médiane, tandis que la paroi postérieure du pharynx se déplace en sens contraire, par suite de la paralysie du glosso-pharyngien. Ce syndrôme est pur dans les lésions exocrâniennes, et mérite alors le nom de syndrôme du carrefour coudylo-déchiré postérieur.

Il est associé à une paralysie des membres du même côté dans les lésions endocrâniennes (Sergent). Ces différents syndrômes peuvent être la signature de lésions, soit des noyaux, soit des racines, soit des troncs nerveux. Mais, un point de diagnostic important réside dans ce fait, que, s'il s'agit d'une lésion purement bulbaire, il faut s'attendre à observer une hémiplégie ou une hémianesthésie alternes, indiquant que la lésion porte sur les faisceaux sensitivo-moteurs au-dessus de leur entrecroisement.

Vous voyons par là que le système sympathique n'est jamais frappé, ce qui nous paraît constituer le point de diagnostic essentiel avec le syndrôme de Villaret.

2° Syndrôme de Vernet.

Le syndrome de Vernet, complètement étudié dans la thèse de Joyes-Noguier, auquel nous empruntons, d'ailleurs, ses conclusions, est caractérisé par l'association paralytique pure des trois nerfs issus du trou déchiré postérieur : le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et le spinal.

Il nous paraît inutile de reprendre ici les signes de paralysie de ces trois nerfs, signes que nous avons étudiés plus haut, et dont on pourra voir l'illustration dans nos observations.

On se rendra compte en même temps quelles différences peuvent exister entre ce syndrome et celui de Villaret, qui fait en même temps intervenir les troubles paralytiques du grand hypoglosse et du sympathique cervical.

Ce diagnostic différentiel avec les principaux syndromes décrits par les auteurs contemporains, nous montre que, s'il est relativement facile d'affirmer un syndrome de l'espace rétroparotidien postérieur, lorsque les symptômes sont au grand complet, le diagnostic devient plus délicat, lorsque, pour une cause quelconque, un signe fait défaut. Ces circonstances, que l'on pourra rencontrer dans l'origine tumorale du syndrome, nous amènent à dire quelques mots du diagnostic étiologique.

Le syndrome décrit par Villaret est un syndrome purement traumatique : plaies par balles ou éclats d'obus ayant entraîné la section des nerfs de la région. Comme nous l'avons esquissé plus haut, il devient intéressant maintenant de constater que ces lésions, qui n'ont été mises au jour, qu'à cause de graves plaies de guerre, peuvent se reproduire avec une cause absolument différente. Il est permis de supposer que des lésions tumorales comme celles dont nous nous occupons peuvent amoindrir et faire varier le syndrome pur, ce qui justifie une étude appro-

fondie du diagnostic différentiel et un examen très serré du malade, si l'élément tumeur n'est pas absolument évident.

Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, que la paralysie faciale pouvait être le premier signe en date dans un cancer de la parotide; songeons qu'il pourrait en être de même dans l'évolution d'un syndrome de Villaret, dû à un cancer profond de la glande, sans manifestations extérieures.

Il ressort de ceci, que la lésion causale, mis à part les traumatismes, est fort importante à connaître, ne serait-ce qu'en prévision du pronostic dont il sera question au paragraphe suivant.

A part le sujet qui nous occupe, c'est-à-dire les tumeurs malignes de la parotide, plusieurs groupes de causes nous paraissent importants à citer dans la production du syndrome.

Lésions inflammatoires. — La thèse de Joyes-Noguier qui étudie le syndrome du trou déchiré postérieur, ne mentionne que quelques rares cas de lésions inflammatoires de la région, parmi lesquelles, il nous paraît important de citer : les trombo-phlébites des veines voisines et les phlegmons, soit développés au point même, soit voisins et agissant par leurs fusées purulentes.

Nous passons brièvement sur ces causes inflammatoires, car, elles sont relativement rares, et que, s'accompagnant de phénomènes généraux intenses, l'esprit du médecin sera vite dirigé vers la véritable cause du mal.

Lésions compressives. — Autres sont les causes compressives. Joyes-Noguier, dans sa thèse, parle surtout de lésions syphilitiques. Ce sont en effet les lésions qui, tertiaires, sous forme de gommes, primaires, sous forme d'adénopathie, paraissent les plus propres à provoquer un syndrome de compression. Dans ce cas, seules, l'évolution et

la réaction de Wassermann pourront éclairer le diagnostic, si on ignore les antécédents.

Les compressions vasculaires pourront jouer un rôle semblable et nous aurons garde d'omettre les anévrysmes carotidiens dans le chapitre étiologique.

Ajoutons à cela que des tumeurs parotidiennes peuvent provoquer des phénomènes de compression à distance par leur adénopathie, et que des tumeurs tout à fait différentes comme des branchiômes pourront, soit par leur présence, soit par leur adénopathie, provoquer les mêmes phénomènes.

Névrites. — Nous passerons rapidement sur les névrites toxiques, nous citerons surtout les névrites d'origine infectieuses (typhique, etc...) et parmi celles-ci nous ferons une mention spéciale aux névrites diphtériques.

PRONOSTIC

Etudier le pronostic du syndrome tumoral de Villaret, c'est, évidemment, étudier celui de la lésion qui le fait apparaître.

On voit alors que si les lésions traumatiques de ces nerfs de l'espace rétroparotidien sont d'un pronostic réservé, combien est plus sombre celui du syndrome tumoral.

Nous voyons, d'après les observations qui précèdent, qu'en somme, le syndrome de Villaret est un syndrome tardif de l'évolution des tumeurs malignes de la parotide. Peut-être existe-t-il des cas où il est apparu d'une façon très précoce, ces cas ne nous sont point connus.

Il en résulte, qu'à partir du moment où les symptômes paralytiques font leur apparition, tout espoir peut être considéré comme perdu, ou, tout au moins, le traitement paraît au-dessus des ressources actuelles de la chirurgie. Nous avons vu que nos malades (I et II) avaient paru soulagés quelque temps par des applications profondes de radium. Peut-être faut-il voir là la guérison de demain. Malheureusement, jusqu'à présent, le cancer trop avancé dans son évolution, tue.

TRAITEMENT

Nous ne reprendrons pas ici, dans un exposé clinique, avec beaucoup de détails, la question du traitement des tumeurs malignes de la parotide. Nous croyons en effet que cette question de technique chirurgicale ne trouverait point sa place dans un travail de ce genre. Nous nous contenterons donc, d'énoncer ici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de cette étude, au point de vue thérapeutique : les indications opératoires ou les contre-indications.

Pour ce qui est des indications on conçoit combien il nous est difficile de les donner ici, pour une affection aussi polymorphe, et d'un pronostic aussi grave. Les indications seront celles de tous les cancers en général, petit volume de la tumeur, limitation assez nette, tumeur non ulcérée, mobilité, pas ou peu de ganglions envahis, conservation de l'état général, etc..

Par contre, il faudra déjà hésiter devant une tumeur ayant provoqué une paralysie faciale. Nous aurons en effet à faire dans ce cas à une tumeur dure, en majorité formée de tissu fibreux, et c'est alors au doigté clinique du chirurgien qu'il faut avoir recours, dans ces cas où on a atteint la limite de l'opérabilité.

Enfin, nous considérons comme une contre-indication formelle, l'apparition d'un syndrome rétroparotidien pos-

térieur, surtout l'association des deux syndrômes étudiés dans ce travail, car, on se trouve alors dans le cas de tumeurs dures, envahissantes et déjà propagées aux régions profondes, dans des cas, où toute intervention chirurgicale serait absolument illusoire.

En résumé, peut-être au moment de l'apparition des premiers symptômes du côté du facial, un large exérèse, commandée d'ailleurs par l'état du malade, aurait-elle quelques rares chances de succès; un syndrome postérieur constitué ordonne formellement l'abstention. Il faut alors avoir recours au radium.

Les résultats de ce dernier traitement sont encore trop incertains pour pouvoir faire nettement varier le pronostic. Si le radium ou la radiothérapie restent inopérants, il n'y aura plus qu'un seul recours : la morphine.

L'ASSOCIATION DES SYNDROMES PARALYTIQUES

Nous croyons pouvoir faire ressortir de cette étude, que, des deux syndrômes étudiés, l'un, la paralysie faciale pure, est fréquent, et assez constant dans ses modalités d'évolution, l'autre, le syndrôme rétro-parotidien postérieur est rare, et, peut-être, moins identique à lui-même.

Il faut, croyons-nous, chercher les raisons de ces faits dans la tendance assez fréquente à l'extériorisation dans l'évolution des tumeurs malignes de la parotide. Les observations que nous rapportons de compression rétro-parotidienne, sont relatives à des squirres, ayant évolué vers la profondeur, et ce n'est pas le cas le plus fréquent.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons dire que les deux syndrômes peuvent s'associer, mais dans des cas particulièrement graves. La compression, ou plutôt, l'envahissement des espaces rétro-glandulaires est, en effet, l'expression d'un état qu'on peut considérer comme désespéré, la signature d'une tumeur envahissante, que, jusqu'à présent, rien ne saurait arrêter dans son évolution. Dans ces cas, alors, la paralysie faciale perd beaucoup de son importance; ses manifestations sont, pour ainsi dire, absorbées par le vaste syndrôme postérieur.

Si le syndrôme postérieur est toujours d'un pronostic très sombre, il peut cependant revêtir deux modalités cliniques différentes :

Ou bien, il est le premier en date, et l'apparition d'une association faciale est tardive, dans le cas de première évolution profonde (Obs. II).

Ou bien, la paralysie faciale paraît la première, et les signes d'envahissement profond viennent compléter le tableau (Obs. I).

Si la paralysie faciale dans le cancer comporte un pronostic grave, combien plus graves encore sont les signes rétro-glandulaires, et nous n'hésiterons pas à dire que l'association : syndrome facial - syndrome rétro-glandulaire, peut être considérée comme la dernière manifestation du mal, comme un syndrome terminal.

CONCLUSIONS

Conclusions I.

I. — La paralysie faciale apparaît comme un symptôme habituel mais non constant des tumeurs malignes de la parotide en général.

II. — La paralysie faciale apparaît dans environ 82 % des cas de tumeurs malignes.

III. — Le sarcome donne un pourcentage d'environ 36 %.

IV. — Le cancer un pourcentage d'environ 66 %.

V. — Enfin il faudra toujours prendre garde à des paralysies faciales apparaissant sans causes appréciables puisque nous rapportons quatre cas de tumeurs ayant été précédés nettement par la paralysie, sans aucun signe de tumeur.

VI. — La paralysie sans constituer une contre-indication à l'intervention chirurgicale, ne permettra celle-ci cependant, que dans des cas limités, liés à son importance, à l'évolution de la tumeur, et à l'état du malade.

Conclusions II.

I. — Les tumeurs malignes de la parotide peuvent au cours de leur évolution faire apparaître un syndrome nerveux en tous points semblables aux syndromes de l'espace retroparotidien postérieur décrit par Villaret en 1916.

II. — Ce syndrome, relativement rare, se rencontre surtout dans les formes dures de tumeurs malignes de la glande (forme squirre).

III. — Il paraît dû à l'envahissement et à la compression soit, par la tumeur, soit par ses ganglions, du paquet nerveux rétroglandulaire.

IV. — Il est associé au syndrome de paralysie faciale du même côté, que celui-ci soit ou non le premier en date.

V. — L'association des deux syndromes doit être considérée comme le phénomène terminal de l'évolution de ses tumeurs, et constitue une contre-indication formelle à toute intervention.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

J. DUVERGEY.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 Janvier 1925.

Pour le Recteur,

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS,

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD. — *Lyon chirurgical*, 1923.
- DE BOUCAUD. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1903.
- BOUCHET. — *Bull. et Mémoires, Soc. anat., Paris*, 1904.
- BRANLAT. — Thèse, Paris, 1874.
- CAMPENON. — *France médicale*, 1889.
- CERNÉ. — *Normandie médicale*, 1897.
- COLLET. — Thèse Vernet. (Voir bibliographie.)
- DELANGLADE. — *Marseille médical*, 1906.
- DESPLATS. — *Journ. des sc. médic. de Lille*, 1908.
- FERRIEUX. — Thèse, Lyon, 1920.
- HARTMANN. — *Journal des praticiens*, 1921.
- JOYES-NOGUIER. — Thèse, Paris, 1919.
- LECÈNE. — *Bulletin et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1911.
- LE DENTU. — *Gazette des hôpitaux*, 1879.
- MÉRIEL. — *Toulouse médical*, 1908.
- MICHAUX. — Thèse, Paris, 1883.
- PLANTEAU. — Thèse, Paris, 1874.
- RODRIGUEZ. — Thèse, Paris, 1889-1890.
- SAVARIAUD. — *Société anatomique de Paris*, 1906.
- SERGEANT. — *Traité de neurologie*.
- SOUVILLE. — *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1890.
- VERNET. — Thèse, Lyon, 1915-1916.
- VILLARET. — *Revue neurologique*, 1916-1917.
- MARTIN. — *Revue médicale Suisse-Romande*.
- MOUTET. — *Lyon chirurgical*, 1923.
- TUFFIER. — *Société de chirurgie de Paris*, 1905.

BIBLIOGRAPHIE

E. DAGUERRE, Imprimeur, 19, Rue de Berry, Bordeaux. — Téléphone 31.92
